

Клиническая демонстрация пациента с воспалительным заболеванием кишечника

Ю. П. Успенский^{1,2}, Ю. А. Фоминых^{1,2}, О. А. Кизимова¹, О. С. Минина¹, А. П. Завитаева¹

¹ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, Санкт-Петербург

²ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург

РЕЗЮМЕ

Пациентка 27 лет была переведена врачом-инфекционистом в ГБУЗ СПб «Елизаветинская больница» с длительным диарейным анамнезом и синдромом интоксикации. При детальном обследовании выявлена инфекция *Clostridium difficile*, которая способствовала прогрессированию заболевания, ухудшению самочувствия и, как следствие, нарастанию невротизации. Клинико-эндоскопическая картина указывала на язвенный колит. При пересмотре биопсийного материала были обнаружены неказеозные эпителиоидно-клеточные гранулемы, которые подтвердили диагноз болезни Крона. Данный случай демонстрирует сложность дифференциальной диагностики воспалительных заболеваний кишечника, от которого зависит тактика ведения пациента.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: воспалительные заболевания кишечника, язвенный колит, болезнь Крона, *Clostridium difficile*, дифференциальная диагностика, эпителиоидно-клеточная гранулема.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Clinical demonstration of patient with inflammatory bowel disease

Yu. P. Uspensky^{1,2}, Yu. A. Fominykh^{1,2}, O. A. Kizimova¹, O. S. Minina¹, A. P. Zavitaeva¹

¹Saint Petersburg State Pediatric Medical University, Saint Petersburg, Russia

²First Saint Petersburg State Medical University n.a. academician I. P. Pavlov, Saint Petersburg, Russia

SUMMARY

A 27-year-old patient was transferred by an infectious disease doctor to the St. Petersburg Elizabethan Hospital with a long history of diarrhea and intoxication syndrome. A detailed examination revealed an infection with *Clostridium difficile*, which contributed to the progression of the disease, deterioration of well-being and, as a result, an increase in neuroticism. The clinical and endoscopic picture indicated ulcerative colitis. When reviewing the biopsy material, noncaseating epithelioid cell granulomas were found, which confirmed the diagnosis of Crohn's disease. This case demonstrates the complexity of the differential diagnosis of inflammatory bowel diseases, which determines the tactics of patient management.

KEYWORDS: inflammatory bowel disease, ulcerative colitis, Crohn's disease, *clostridium difficile*, differential diagnosis, epithelioid cell granuloma.

CONFLICT OF INTEREST. The authors declare no conflict of interest.

Вступление

Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК) – это клинический диагноз, для постановки которого необходимо сочетание клинической картины, эндоскопических и гистологических данных, а также данных лабораторных и высокотехнологических инструментальных методов исследования. Главными представителями ВЗК являются болезнь Крона (БК) и язвенный колит (ЯК), имеющие сходные клинические признаки, а именно – увеличение кратности дефекаций, появление жидкого, водянистого стула с примесью крови, боль в животе различной интенсивности.

Кроме того, ВЗК – это системные заболевания, которые могут проявляться экстраинтестинальной патологией и протекать одновременно и (или) изолированно с поражением желудочно-кишечного тракта. Наиболее часто встречающимися внекишечными проявлениями являются поражения опорно-двигательной системы, кожные и офтальмологические изменения, а также поражение гепатобилиарной и гематологической систем [1–4].

Болевой абдоминальный синдром, хроническая диарея, интоксикационный синдром, развитие перианальных осложнений, снижение массы тела чаще наблюдаются при БК, а наличие патологических примесей в стуле, тенезм более характерны для ЯК. Наиболее специфическими эндоскопическими признаками БК являются афтозные язвы, окруженные нормальной слизистой оболочкой, линейные и (или) щелевидные язвы («булыжная мостовая»), псевдополипы и свищи. При ЯК слизистая оболочка отечная, зернистая с множественными эрозиями, язвами и спонтанной кровоточивостью [5, 6]. Морфологическое исследование является неотъемлемой частью дифференциальной диагностики ВЗК. К гистологическим признакам ЯК относят: уменьшение бокаловидных клеток, диффузную клеточную инфильтрацию слизистой оболочки, базальный плазмодитоз, деформацию крипт и развитие крипт-абсцессов, что особенно характерно для ЯК. При БК патогномоничным признаком служит обнаружение неказеозных эпителиоидно-клеточных гранул, кроме

того, наблюдается очаговое хроническое воспаление различной степени выраженности на всем протяжении биоптата, не ограничивающееся слизистой оболочкой, а также гиперплазия нервных волокон, в то время как деформация и атрофия крипт, крипт-абсцессы при БК встречаются значительно реже [7]. Однако в клинической деятельности врача зачастую не удается выявить отличительные признаки БК или ЯК, что осложняет своевременную диагностику и приводит к прогрессированию течения заболевания и снижению качества жизни пациента [8].

Клинический случай

В многопрофильный стационар Санкт-Петербурга 28 сентября 2022 года поступила женщина 27 лет с жалобами на частый жидкий стул (тип 6–7 по Бристольской шкале) до 15 раз в день и до четырех раз ночью водянистой консистенции с примесью видимой крови и сгустков крови на бумаге. Беспокоили спастические умеренной интенсивности приступообразные боли в левой подвздошной области длительностью до 2 минут без иррадиации, не мешающие сну и работе, уменьшающиеся после акта дефекации. Боль с приемом пищи, эмоциональным состоянием, дыханием и определением положения тела не связана. Также пациентка предъявляла жалобы на повышение температуры тела до 39 °С, общую слабость, снижение аппетита.

Из анамнеза заболевания известно, что изначально заболевание манифестировало с внекишечных проявлений, а именно – с поражения мелких периферических суставов. С жалобами на боль в правом лучезапястном суставе, онемение и тугоподвижность правой кисти больная была обследована в ГБУЗ СПб «Клиническая районная больница № 25», где находилась на госпитализации с 13 апреля 2022 по 26 апреля 2022 года с диагнозом «недифференцированный артрит». Получала обезболивающую и противовоспалительную терапию – ацеклофенак 200 мг в сутки, плаквенил 200 мг в сутки, а также омепразол 20 мг в сутки, курс физиотерапии и массажа. Во время госпитализации впервые отметила учащение стула до пяти раз с периодическим появлением крови, но по этому поводу не была обследована. С диагнозом «недифференцированный артрит, полиартрит, антитела к циклическому цитруллинсодержащему пептиду (АЦЦП) позитивные, ревматоидный фактор (РФ) негативный, не ассоциированный с главным ком-



Рисунок 1. Участок толстой кишки, на котором отмечаются отек и отсутствие сосудистого рисунка, выраженная контактная кровоточивость и множественные язвенные дефекты под фибрином неправильной формы размерами 0,5–1,2 см.

плексом гистосовместимости (HLA) В27, активность низкая, функциональная недостаточность суставов (ФНС) 2» выписана на амбулаторное лечение с консультацией гастроэнтеролога по месту жительства и кратковременным приемом курса нестероидных противовоспалительных препаратов.

В связи с личными обстоятельствами к гастроэнтерологу тогда не обратилась. Нарушения частоты и консистенции стула продолжали беспокоить на протяжении 6 месяцев (с апреля по сентябрь 2022 года). Явное ухудшение самочувствия отметила 16 сентября 2022 года, когда появилось учащение стула до 15 раз в сутки с примесью обильной крови и сгустками, отсутствие аппетита, повышение температуры тела до 39 °С. Ввиду сохранения симптомов и выраженного ухудшения самочувствия обратилась в поликлинику по месту жительства. Участковым терапевтом заподозрен инфекционный генез диарейного синдрома, в связи с этим была вызвана скорая медицинская помощь. Бригадой доставлена в ГБУЗ СПб «Клиническая инфекционная больница имени С. П. Боткина» в 15-е инфекционное отделение, где находилась на лечении с 19 по 28 сентября 2022 года с диагнозом «другой и неуточненный гастроэнтерит и колит инфекционного происхождения». За время госпитализации были исключены инфекционные заболевания, проводилась дезинтоксикационная и антибактериальная терапии (цефтриаксон и метронидазол). 27 сентября 2022 года проведена видеоилеоскопия – эндоскопическая картина тотального язвенного колита (рис. 1). Выполнена мультифокальная биопсия. Окончательный диагноз выставлен после получения результатов гистологического исследования. 28 сентября 2022 года ввиду тяжелого течения переведена в ГБУЗ СПб «Елизаветинская больница» с направительным диагнозом «неспецифический язвенный колит».

Из анамнеза жизни известно, что аллергологический анамнез – без особенностей. Эпидемиологический анамнез спокойный: инфекционные заболевания, гепатиты, ВИЧ, туберкулез, переливания крови отрицает. Наследственность неотягощена. Менструальный цикл регулярный, безболезненный. Беременности, роды, аборт отрицает. Курение – с 13 лет. Индекс курения – 6,5. Употребляет слабоалкогольные напитки до 2 л 2–3 раза в неделю и крепкие спиртные напитки до 2 раз в месяц. Бытовые условия удовлетворительные. Питание нерегулярное, рацион несбалансированный, преобладает жирная пища. Физическая активность низкая.

При осмотре в отделении гастроэнтерологии состояние расценено как средней степени тяжести. Сознание ясное. Телосложение правильное, нормостеническое. Вес – 59,0 кг, рост – 163 см, индекс массы тела – 22,2 кг/м², что соответствует нормальной массе тела. Кожные покровы чистые, бледной окраски. Видимые слизистые оболочки бледно-розовые. На теле присутствуют многочисленные татуировки (10 штук). Костно-мышечных деформаций не выявлено. Периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненны, эластичны. Отеки не определялись. Сердечно-сосудистая система: перкуторно границы сердца без изменений, тоны сердца ритмичные, шумы не выслушиваются, частота сердечных сокращений – 96 ударов в минуту. Пульс – 96 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД – 130/90 мм рт. ст. Органы дыхания: грудная клетка правильной формы. Перкуторно над паренхимой легких ясный легочный звук, границы легких в пределах нормы, число дыхательных

Таблица 1
Данные клинического и биохимического анализов крови в динамике

Клинический анализ крови					Биохимический анализ крови				
Показатель / дата	28.09	06.10	21.10	N	Показатель/дата	28.09	14.10	21.10	N
Hb, г/л	113	104	96	120–140	Протромбиновое время	15,6	–	–	9,7–14,1
Эр, 10 ¹² /л	3,96	3,47	3,23	3,5–5,0	Протромбины по Квику	64	–	–	70–140
MCV	90,8	92,0	93,9	80–100	МНО	1,32	–	–	0,9–1,2
MCH	28,6	30,1	29,8	27–34	Глюкоза	4,14	4,4	–	4–6
MCHC	315	327	317	320–360	КФК	294	–	–	24–165
HTC	35,9	31,9	30,4	37–47	АСТ	27	–	35	8–31
RDW-SD	49,20	40,5	44,1	35–56	АЛТ	11	–	34	4–31
RDW-CV	12,9	12,6	13,4	11–16	Мочевина	1,1	–	3,9	2,5–8,3
Тромбоциты, 10 ⁹ /л	401	313	330	150–400	Калий	3,7	3,9	–	3,5–5,1
MPV	9,0	9,4	8,1	6,5–12,0	Натрий	139	141	–	136–146
PDV	15,9	15,8	15,6	9–17	ЩФ	49	–	68	35–104
PCT	0,4	0,3	0,3	0,1–0,3	ГГТ	14	–	22	3–32
Лейкоциты, 10 ⁹ /л	12,0	9,9	13,1	4–10	Билирубин общий	6	–	–	5–20
Нейтрофилы	80,6	69,6	69,1	50,0–70,0	Общий белок	54	54	–	65–85
Лимфоциты	11,6	18,3	24,5	20,0–40,0	Амилаза	121	–	–	20–100
Моноциты	6,0	7,9	5,6	3,0–12,0	СРБ	109,1	26,4	–	0,0–5,0
Эозинофилы	1,5	3,6	0,5	0,5–5,0	Альбумин	29	27	–	35–50
Базофилы	0,3	0,6	0,3	0,0–0,1	Железо	1,2	5,3	–	8,8–27
СОЭ	–	35	20	2–15	HBsAg	Не обнаружен	Не обнаружен		Не обнаружен
					Anti-HCV	Не обнаружен			Не обнаружен

Таблица 2
Данные общего анализа мочи и копрограммы в динамике

Анализ мочи	29.09	12.10	Кал	29.09	12.10
Цвет	Светло-желтый	Светло-желтый	Форма	Неоформленная	Неоформленная
Прозрачность	Прозрачная	Прозрачная	Консистенция	Жидкая	Желеобразная
Относительная плотность	1,025	1,020	Цвет	Желтовато-коричневый	Красновато-коричневый
Реакция pH	6,0	6,5	Наличие слизи	++	++
Глюкоза	Не обнаружена	Не обнаружен	Кровь	Отсутствует	+
Белок	± (0,1 г/л)	Не обнаружен	Скрытая кровь	Резко положительно (+++)	Резко положительно (++)
Билирубин	Не обнаружен	Не обнаружен	Мышечные волокна с исчезновением	0	0
Уробилиноген	Не обнаружен	Не обнаружен	Мышечные волокна без исчезновения	1	1
Эритроциты	± (5 эр./мкл)	+ (5 эр./мкл)	Эритроциты	В большом количестве	В большом количестве
Кетоновые тела	++ (5 ммоль/л)	Не обнаружены	Лейкоциты	В большом количестве	В большом количестве
Нитриты	Не обнаружены	Не обнаружены	Нейтральный жир	Не обнаружены	Не обнаружены
Лейкоциты	Не обнаружены	Не обнаружены	Жирные кислоты	Не обнаружены	Не обнаружены
			Кристаллы	Не обнаружены	Не обнаружены
			Слизь	Не обнаружена	Не обнаружена
			Эпителий	Не обнаружен	Не обнаружен
			Яйца гельминтов	Не обнаружены	Не обнаружены

движений – 16 в минуту. Аускультативно дыхание везикулярное, проводится во все отделы легких, патологические дыхательные шумы не выслушиваются.

При исследовании пищеварительной системы: язык влажный, чистый, при поверхностной пальпации имеется локальное напряжение мышц передней брюшной стенки. Живот умеренно вздут, болезненный в правой подвздошной области. При глубокой пальпации сигмовидная кишка, слепая кишка и поперечно-ободочная кишка подвижные, умеренно болезненны, незначительно раздуты. Печень и селезенка не увеличены. Органы мочевого выделения: симптом поколачивания по пояснице отрицательный с обеих сторон. Дизурии нет.

В клиническом и биохимическом анализах крови при поступлении выявлены анемический синдром, состояние гипокоагуляции, воспалительный синдром, синдромы белково-энергетической недостаточности и мальабсорбции (табл. 1). В копрограмме определялись изменения, указывающие на выраженный воспалительный процесс в толстой кишке (табл. 2). Лабораторно в общем анализе мочи – неспецифические изменения поражения желудочно-кишечного тракта (табл. 2).

На основании жалоб пациентки, анамнеза заболевания и данных лабораторно-инструментальных методов исследований установлен предварительный диагноз. Основной: недифференцированный колит, атака тяжелой степени.

Таблица 3
Данные дополнительного лабораторного исследования

	30.09.2022	14.10.2022
АТ к <i>Treponema pallidum</i>	Отрицательно	
АТ к IgG + IgM к <i>Treponema pallidum</i>	Отрицательно	
ДНК цитомегаловируса	Не обнаружена	
<i>Clostridium difficile</i> токсин В	Положительно	Отрицательно
АТ к ВИЧ 1 + 2 и ВИЧ 1 р24 Ag	Отрицательно	
Бактериологическое исследование на дизгруппу и сальмонеллез	Микроорганизмы тифопаратифозной группы и дизентерийной группы не обнаружены	
Кальпротектин	Более 1800	

Рисунок 2. КТ ОБП и МТ.

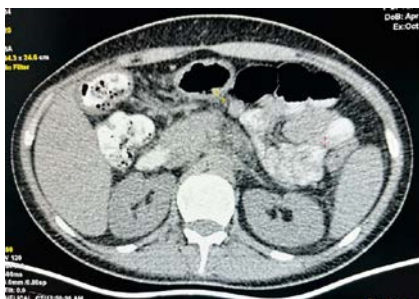


Рисунок 2 а. На КТ-изображении наблюдаются циркулярное утолщение стенки толстой кишки до 5 мм, а также раздутые петли поперечно-ободочной кишки.



Рисунок 2 б. На КТ-изображении наблюдается циркулярное утолщение стенки прямой кишки до 7 мм.

Воспалительное заболевание кишечника: язвенный колит, дебют? Сопутствующий: недифференцированный артрит, полиартрит АЦЦП-позитивный, РФ-негативный, не ассоциированный с HLA B 27, активность низкая, ФНС 2.

В гастроэнтерологическом отделении назначены антибактериальная терапия (метронидазол 250 мг по 2 таблетки 3 раза в день, ципрофлоксацин 400 мг 2 раза в сутки внутривенно), спазмолитическая терапия (дротаверин, внутримышечно), ингибиторы протонной помпы (омепразол 20 мг утром), в качестве эмпирической терапии назначен месалазин 4 г в сутки *per os* и 2 г *per rectum*. Но на фоне терапии состояние не улучшалось. Пациентка продолжала предъявлять жалобы на боли в животе преимущественно в нижнем отделе, учащение частоты стула с примесью крови, нарастание слабости, утомляемости, отсутствие аппетита и снижение массы тела на 7 кг за период госпитализации в Елизаветинскую больницу. При общении с пациенткой отмечалось появление признаков тревожности, пассивности, стали проследиваться агрессия и недоверие к врачу.

По данным развернутого лабораторного анализа, сохранялись общевоспалительные изменения. Уровень фекального кальпротектина составлял более 1800 мкг/г, посев кала на тифопаратифозную и дизентерийную группы – отрицательно, ДНК к цитомегаловирусу – отрицательно. Обращал на себя внимание положительный токсин В *Clostridium difficile* (табл. 3).

Результаты инструментального исследования

Электрокардиограммы (ЭКГ) от 22.09.2022. Заключение: синусовый ритм с ЧСС – 85 в минуту. Признаки нагрузки на правое предсердие. ЭКГ в пределах нормы.

Видеоэзофагогастродуоденоскопия от 28.09.2022. Заключение: очаговый поверхностный гастрит.

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (УЗИ ОБП) от 04.10.2022. Заключение: умеренные диффузные изменения поджелудочной железы.

Рг-графия брюшной полости (обзорная) от 19.09.2022. Заключение: без рентгенологических признаков острой кишечной непроходимости и перфорации полого органа.

Для определения вовлечения тонкой кишки в воспалительный процесс, выявления свищей и инфильтратов была выполнена компьютерная томография (КТ) ОБП и малого таза (МТ) с внутривенным констатированием от 18.10.2022. Заключение: КТ-картина циркулярного утолщения стенок, поперечно-ободочной и нисходящего отделов ободочной кишки, сигмовидной и прямой кишки (вероятно воспалительного генеза) (рис. 2 а, 2 б).

Данные гистологического исследования биоптатов из клинической инфекционной больницы им. С. Б. Боткина от 28.09.2022.

Микроскопическое описание:

в присланном биоптате – участки слизистой оболочки подвздошной кишки, в которых отмечается некробиоз, слущивание поверхностного эпителия. Железы слизистой выстланы типовым эпителием без атипии. В собственной пластинке слизистой минимальный отек и неравномерно выраженная (от минимальной до умеренной) преимущественно мононуклеарная инфильтрация. Заключение: слизистая подвздошной кишки без грубых патоморфологических изменений.

Микроскопическое описание:

в присланном биоптате участки слизистой оболочки толстой кишки (купол слепой кишки и поперечно-ободочной кишки) с десквамацией, некробиозом и некрозом поверхностного эпителия. Железы слизистой типового гистологического строения, без деформаций. В собственной пластинке слизистой оболочки отек, диффузная мононуклеарно-нейтрофильная инфильтрация, полнокровие сосудов подслизистого слоя. Заключение: Эрозивный колит умеренный – II степени активности.

Микроскопическое описание:

в присланном биоптате участки слизистой оболочки сигмовидной кишки, в которых определяется некроз и слущивание поверхностного

Рисунок 3. Гистологическое исследование биоптатов.

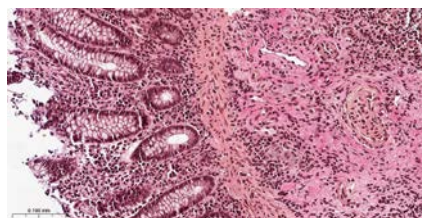


Рисунок 3 а. 23.9X, окраска по ван Гизону. Фрагмент ободочной кишки с выраженной очаговой лимфоплазмоцитарной инфильтрацией слизистой оболочки, с разрушением эпителия (формирование эрозий), а также с гипертрофией стенок сосудов.

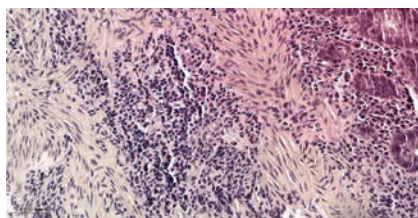


Рисунок 3 б. 35.3X, окраска по ван Гизону. Фрагмент ободочной кишки с выраженной очаговой инфильтрацией в подслизистой основе с формированием лимфоидного фолликула и утолщением мышечной пластинки слизистой оболочки.

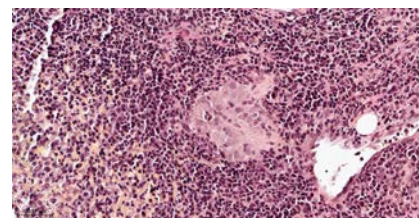


Рисунок 3 в. 32.8X, окраска по ван Гизону. Фрагмент ободочной кишки с выраженной лимфоплазмоцитарной инфильтрацией с формированием обширных геморрагических эрозий и наличием эпителиоидно-клеточной гранулемы.

эпителия, изъязвления слизистой оболочки, крипт – абсцессы. В собственной пластинке слизистой оболочки – резко выраженная лимфо-моноцитарно-макрофагальная с преобладанием нейтрофилов инфильтрация, отек, диапедезные кровоизлияния. Заключение: Эрозивно-язвенный сигмоидит высокой – III степени активности.

Микроскопическое описание: в присланных биоптатах прямой кишки определяются преимущественно крупные железы, состоящие из светлых пролиферирующих клеток. В собственной пластинке слизистой оболочки отек и диффузная лимфомакрофагальная-нейтрофильная инфильтрация. Заключение: Воспалительно-гиперпластический микрополип прямой кишки.

С целью верификации диагноза был пересмотрен биопсийный материал, на основании которого выявлен специфический признак болезни Крона – неказеозные эпителиоидно-клеточные гранулемы.

Пересмотр биоптатов – в Калининском патологоанатомическом отделении 11.10.2022. В биоптате – фрагмент слизистой тонкой кишки типового гистологического строения. В биоптате – фрагменты слизистой толстой кишки с эрозиями, сохранной продукцией слизи и гистоархитектоникой крипт; собственная пластинка с выраженным фокальным и фрагментарным повышением плотности лимфо-плазмоцитарного инфильтрата, распространением его на мышечную пластинку и подслизистый слой – (рис. 3 а, 3 б), немногочисленными крупными клетками, подозрительными на эпителиоидные (рис. 3 в), единичными криптитам и крипт-абсцессами, язвой в биоптате и острой язвой с фокусами грануляционной ткани в биоптате. Морфологическая картина хронического колита не позволяет исключить болезнь Крона.

В связи с выявленным положительным результатом токсина В *Clostridium difficile* была произведена коррекция терапии. Добавлен ванкомицин 500 мг 4 раза в день перорально, смектит диоктаэдрический по одному пакетику 3 раза в день, на фоне чего было отмечено улучшение самочувствия и положительная лабораторная динамика. Получение отрицательного ответа на токсины А и В *Cl. difficile* позволило назначить этиотропную терапию для лечения БК. Согласно действующим клиническим рекомендациям 2020 года по диагностике и лечению БК пациентке с поражением толстой кишки и тяжелой атакой была назначена гормо-

нальная терапия преднизолоном в дозе 120 мг с первоначальным внутривенным введением и последующим переходом на таблетированный прием для индукции ремиссии и иммуносупрессоры (азатиоприн 50 мг раз в сутки) для поддержания ремиссии. На фоне длительного и тщательного подбора терапии была отмечена положительная динамика:

- в клинической картине – улучшение общего самочувствия в виде нормализации температуры, уменьшения интенсивности болевого абдоминального синдрома, урежения частоты стула (с 15 до 4 раз днем, частота стула ночью снизилась с 4 до 1 раза), нормализации консистенции стула (тип по Бристольской шкале: 4–5) и отсутствия видимых патологических примесей в кале;
- по данным лабораторного исследования, в клиническом и биохимическом анализах крови отмечается уменьшение выраженности воспалительных изменений (уменьшение уровня тромбоцитов с 401 до $330 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ с 35 до 20 мм/ч, СРБ с 109,1 до 24,4 мг/л, сохранение лейкоцитоза – 13,1 тыс./мкл), что объясняется приемом гормональной терапии.

На основании клинической картины, инструментально-лабораторных данных и определения такого специфического признака, как эпителиоидно-клеточные гранулемы при гистологическом исследовании, был сформулирован *окончательный клинический диагноз*. *Основной:* болезнь Крона, дебют, инфильтративно-воспалительный фенотип, колит, индекс Беста 529, атака тяжелой степени. *Осложнение:* железодефицитная анемия легкой степени смешанного генеза. Коагулопатия. Синдром белково-энергетической недостаточности. *Фоновый:* *Cl. difficile* – ассоциированный колит тяжелой степени (токсин В *Cl. difficile* от 14.10.22 – отрицательный). *Сопутствующий диагноз:* недифференцированный артрит, полиартрит АЦЦП-положительный, РФ-негативный, не ассоциированный с HLA B 27, активность низкая, ФНС 2.

Рекомендации: 1) наблюдение гастроэнтерологом, ревматологом; 2) выполнение видеоилеоскопии через 6 месяцев; 3) контроль фекального кальпротектина через 3 месяца; 4) контроль копрограммы плюс скрытой крови через месяц амбулаторно; 5) соблюдение диеты с учетом переносимости продуктов.

Прием препаратов: 1) преднизолон 75 мг (08:00–7 таблеток; 11:00–4 таблетки; 13:00–4 таблетки с последующим снижением на 1 таблетку каждую неделю – курс 12 недель); 2) азатиоприн 100 мг раз в сутки с еженедельным контролем клинического анализа крови и биохимического анализа крови (АЛТ, АСТ, ЩФ, общий билирубин + фракции, креатинин) в течение первых 8 недель. Далее – контроль клинического и биохимического анализов крови раз в месяц; 3) эзопрепарол 20 мг по 1 капсуле за 30 минут до приема пищи (на весь курс приема преднизолона); 4) кальций D3 Никомед по 1 таблетке 2 раза в день (на весь курс приема преднизолона); 5) Сидерал Форте 1 капсула раз в день в течение 3 месяцев с последующим лабораторным контролем; 6) Мебеверин 200 мг при болях в животе.

Заключение

В данной статье рассмотрен клинический случай БК. На начальном этапе клиническая картина и эндоскопические данные соответствовали диагнозу «язвенный колит», а наличие у нашего пациента таких факторов, как нерациональное питание, злоупотребление алкоголем, длительный стаж курения, хроническая диарея и наличие *Cl. Difficile* – ассоциированного колита отягощали состояние больной и затрудняли подбор терапии врачом. Выраженные воспалительные изменения и резистентность к терапии потребовали пересмотра биопсийного материала, который впоследствии определил нозологическую принадлежность диагноза. Назначенная этиопатогенетическая терапия привела к положительному клиническому и лабораторному ответам. Данный клинический случай еще раз подчеркивает актуальность проблемы ВЗК, так как активность течения, внекишечные проявления и присоединение *Cl. difficile* влияют не только на течение основного заболевания и выбор лекарственной терапии, но и на социальную, психологическую, физическую и повседневную сферы жизни пациента.

Таким образом, данный случай демонстрирует трудности дифференциальной диагностики ВЗК. Еще раз хотелось бы подчеркнуть, что гистологическая оценка является обязательным и ключевым методом исследования

в диагностике ВЗК, в особенности при отсутствии специфических клинико-эндоскопических признаков, указывающих на конкретную нозологию.

Список литературы / References

1. Успенский Ю.П., Фоминых Ю.А., Наджафова К.Н., Ведута О.И. Патогенетические механизмы формирования анемического синдрома у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника. Медицинский алфавит. 2021 (20): 29–34. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2021-20-29-34>
Uspenskiy Yu.P., Fominykh Yu.A., Nadzhafova K.N., Veduta O.I. Pathogenetic mechanisms of anemic syndrome formation in patients with inflammatory bowel diseases. Medical Alphabet. 2021 (20): 29–34. (In Russ.) <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2021-20-29-34>
2. Успенский Ю.П., Фоминых Ю.А., Гнутов А.А. Поражения полости рта при воспалительных заболеваниях кишечника. Врач. 2021 (10): 25–28. <https://doi.org/10.29296/25877305-2021-10-04>
Uspenskiy Yu.P., Fominykh Yu.A., Gnutoy A.A. Oral lesions in inflammatory bowel disease. Doctor. 2021 (10): 25–28. <https://doi.org/10.29296/25877305-2021-10-04>
3. Успенский Ю.П., Наджафова К.Н., Фоминых Ю.А., Древал Р.О., Иванов С.В., Шотик А.В., Филиппова В.Н. Экстраинтестинальные поражения при воспалительных заболеваниях кишечника: фокус на гепатобилиарную систему. Фарматека. 2021. Т. 28, № 2. С. 36–42. DOI 10.18565/pharmateca.2021.2.36-42. EDN ALCIQL.
Uspenskiy Yu.P., Nadzhafova K.N., Fominykh Yu.A., Dreval R.O., Ivanov S.V., Shofik A.V., Filippova V.N. Extraintestinal lesions in inflammatory bowel diseases: Focus on the hepatobiliary system. Farmateka. 2021. Vol. 28, No. 2. P. 36–42. DOI 10.18565/pharmateca.2021.2.36-42. EDN ALCIQL.
4. Успенский Ю.П., Иванов С.В., Фоминых Ю.А., Гулунов З.Х. Суставной синдром при воспалительных заболеваниях кишечника. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2022; 198 (2): 131–138. DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-198-2-131-138
Uspenskiy Yu.P., Ivanov S.V., Fominykh Yu.A., Gulunov Z. Kh. Articular syndrome in inflammatory bowel diseases. Experimental and clinical gastroenterology. 2022; 198 (2): 131–138. DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-198-2-131-138
5. Ивашкин В.Т. и др. Клинические рекомендации по диагностике и лечению болезни Крона у взрослых (проект). Колопроктология. 2020; 19 (2): 8–38.
Ivashkin V.T. et al. Clinical guidelines for the diagnosis and treatment of Crohn's disease in adults (project). Coloproctology. 2020; 19 (2): 8–38.
6. Ивашкин В.Т. и др. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению язвенного колита. Колопроктология; 2017; 1: 59.
Ivashkin V.T. Clinical recommendations of the Russian gastroenterological association and the Association of coloproctologists of Russia for the diagnosis and treatment of ulcerative colitis. Coloproctology; 2017; 1: 59.
7. Villanacci V., Reggiani-Bonetti L., Salviato T., Leoncini G., Cadei M., Albarello L., Caputo A., Aquilano M.C., Battista S., Parente P. Histopathology of IBD Colitis. A practical approach from the pathologists of the Italian Group for the study of the gastrointestinal tract (GIPAD). Pathologica. 2021; 113 (1): 39–53. DOI: 10.32074/1591-951x-235. PMID: 33686309; PMCID: PMC 8138698.
8. Успенский Ю.П., Фоминых Ю.А., Кизимова О.А., Колгина Н.Ю. Состояние психоэмоциональной сферы у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника. Фарматека. 2022; 29 (2): 30–37. DOI: 10.18565/pharmateca.2022.2.30-37.
Uspenskiy Yu.P., Fominykh Yu.A., Kizimova O.A., Kolgina N. Yu. The state of the psycho-emotional sphere in patients with inflammatory bowel diseases. Pharmateka. 2022; 29 (2): 30–37. DOI: 10.18565/pharmateca.2022.2.30-37.

Статья поступила / Received 29.09.23
Получена после рецензирования / Revised 19.10.23
Принята в печать / Accepted 20.10.23

Сведения об авторах

Успенский Юрий Павлович, д.м.н., проф., зав. кафедрой факультетской терапии им. проф. В.А. Вальдмана¹, проф. кафедры внутренних болезней стоматологического факультета². ORCID: 0000-0001-6434-1267

Фоминых Юлия Александровна, д.м.н., проф. кафедры факультетской терапии им. проф. В.А. Вальдмана¹, доцент кафедры внутренних болезней стоматологического факультета². ORCID: 00002-0002-2436-3813

Кизимова Ольга Александровна, ассистент кафедры факультетской терапии им. проф. В.А. Вальдмана¹. ORCID: 0000-0002-2085-6194

Минина Оксана Сергеевна, студент педиатрического факультета¹

Завитаева Анна Петровна, студент педиатрического факультета¹

¹ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, Санкт-Петербург

²ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург

Автор для переписки: Кизимова Ольга Александровна. E-mail: olya.kizimova.95@mail.ru

About authors

Uspenskiy Yuri P., DM Sci (habil.), professor, head of Dept of Faculty Therapy n.a. professor V. A. Waldman¹, professor at Dept of Internal Diseases of Faculty of Dentistry². ORCID: 0000-0001-6434-1267

Fominykh Yuliya A., DM Sci (habil.), professor at Dept of Faculty Therapy n.a. professor V. A. Waldman¹, associate professor at Dept of Internal Diseases of Faculty of Dentistry². ORCID: 00002-0002-2436-3813

Kizimova Olga A., assistant at Dept of Faculty Therapy n.a. professor V. A. Waldman¹. ORCID: 0000-0002-2085-6194

Minina Oksana S., student of Pediatric Faculty¹

Zavitaeva Anna P., student of Pediatric Faculty¹

¹Saint Petersburg State Pediatric Medical University, Saint Petersburg, Russia

²First Saint Petersburg State Medical University n.a. academician I.P. Pavlov, Saint Petersburg, Russia

Corresponding author: Kizimova Olga A. E-mail: olya.kizimova.95@mail.ru

Для цитирования: Успенский Ю.П., Фоминых Ю.А., Кизимова О.А., Минина О.С., Завитаева А.П. Клиническая демонстрация пациента с воспалительным заболеванием Кишечника. Медицинский алфавит. 2023; (28): 23–28. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2023-28-23-28>.

For citation: Uspenskiy Yu. P., Fominykh Yu. A., Kizimova O. A., Minina O. S., Zavitaeva A. P. Clinical demonstration of patient with inflammatory bowel disease. Medical alphabet. 2023; (28): 23–28. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2023-28-23-28>.

